Rok XXXIV. Kraków 28. Września 1895 r. Nr. 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefon Nr. 105.

Administracya: Szpital św. Ludwika, przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Stanisław Grabowicz 137. Clinton and 180, Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

I. Leczenie zapalenia gruźliczego kości i stawów wstrzykiwaniami pod okostnę 10% roztworu chlorku cynku według metody Lannelonguea.

Podał

Dr. Józef Ziemacki,

docent chirurgii w uniwersytecie charkowskim.

W dyskusyi na piątem posiedzeniu sekcyi chirurgicznej VII. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, dnia 26. Lipca 1894 roku, powstałej po ciekawym odczycie Dra Gabryszewskiego o wynikach leczenia operacyjnego gruźlicy stawów w klinice krakowskiej od roku 1887 do 1893, miałem sposobność zwrócić uwagę zebranych podówczas kolegów na zalety leczenia metodą Launelongue a.

W ciągu roku, który upłynął, mogłem naocznie przekonać się o pomyślnych wynikach tej metody i dla tego jeszcze raz zabieram głos, ażeby zachęcić kolegów do szerszego stosowania tej metody. Ma ona tę ważną zaletę, że pozwala prowadzić leczenie w domu, nie naraża na przykrą konieczność lokowania chorego w szpitalu lub w klinice, ważny wzgląd w dziecinnej praktyce, i daje bardzo dobre, a czasem prawie cudowne rezultaty.

Przeciwko gruźliczemu zapaleniu kości i stawów zalecano tak wiele środków, że samo ich tylko wyliczenie zabrałoby dużo czasu. Każdy z nas je zna i te lub owe sposoby praktykuje lub praktykował. Nic dziwnego, że w kole lekarskiem panuje nieufność do nowych metod. I ja odniosłem się na razie z wielkiem niedowierzaniem ku nowej metodzie Lannelonguea. Tem dla niej lepiej, że z Tomasza niewiernego stałem się po doświadczeniu jej zwolennikiem.

Historya metody jest krótka. Dnia 7. i 21. Lipca 1891. roku Lannelongue przedstawił Akademii medycznej w Paryżu memoryał o nowej metodzie leczenia gruźlicy kości i stawów wstrzykiwaniami pod okostnę 10% roztworu chlorku cynku. Na kongresie przeciwgruźliczym w dniu 27. Lipca 1891 roku nazywa on tę metodę *methode sclerogène* i w przeciągu następnych dwóch lat głosi o niej *urbi et orbi* na rozmaitych zjazdach i kongresach lekarskich Od tej chwili poczęła się literatura tej kwestyi. Dziś już bardzo wiele napisano. Ciekawych odsyłam do pracy Manclairea pod tytułem: *Du traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses par la methode sclérogène.* (These de Paris, soutenue le 2. Mars 1893) W niej autor zebrał literaturę w tej kwestyi i opisał 136 przypadków leczonych tą metodą.

Sposób stósowania jest następujący:

Do wstrzykiwania służy roztwór chlorku cynku w wodzie destylowanej 1:10. Za narzędzie służyć może zwykła strzykawka Pravaza, byle tylko miała długą igłę, od 5 do 6 centymetrów. Podług mnie koniecznie potrzebne jest wymierzenie kroplami ilości płynu w $^1/_{10}$ strzykawki przed rozpoczęciem każdego wstrzykiwania. Ilość kropel, wypuszczanych przez igłę, zależy od grubości igły. Zazwyczaj z $^1/_{10}$ strzykawki otrzymywałem 7 kropel. Wstrzyknąć pod okostnę, za jednorazowem ukłóciem mniej od jednej podziałki, t. j. mniej od 0·1 strzykawki, jest rzeczą niełatwą. Przeważnie wstrzykiwałem od 7 do 10 kropel na raz, t. j. więcej, niż jednę dziesiątą część strzykawki. A że wypadało wstrzykiwać w 10—12 punktach w czasie jednego posiedzenia, więc ogólna ilość wstrzykniętego 10% roztworu wynosiła od 0·5 do 0·8 (od 0·05 do 0·08 $ZnCl^2$ samego).

Dotychczas nie zauważyłem ani razu objawów otrucia chlorkiem cynku, nawet u dzieci. Dawki od 0·5 do 0·8 10% roztworu chlorku cynku podskórnie a raczej podokostnie są zupełnie nieszkodliwe. Nie potrzebujemy jednak dodawać, że ostrożność w zwiększaniu ilości, czy też stężenia roztworu nie zawadzi. W Charkowie był przypadek, w praktyce prywatnej Dra Mironowa w Maju 1895 r., nagłej śmierci

chorej (żony lekarza), u której Mironow wstrzyknął 50% (sic) roztwór chlorku cynku, strzykawką Brauna wewnątrz macicy (*endometritis post abortum*).

Wstrzykiwać należy, wprowadzając igłę ukośnie, aby uniknąć wylewania się płynu wstrzykniętego. Wylanie się na zewnątrz może łatwo nastąpić, jeżeli się wstrzykuje, trzymając igłę prostopadle i wtedy powstaje obumarcie skóry właściwej (*corium*) na okół ukłócia, formuje się strup, który potrzebuje długiego czasu do wyleczenia.

Zwykle przed wstrzykiwaniem oznaczam dermografem (ołówkiem) te punkty, w których, zamierzam wstrzyknąć. Zwykle w jednem posiedzeniu wstrzykuję w 12 do 20 punktów. *Maximum* wstrzykniętego roztworu wynosiło w jednym przypadku 1·0. Zwykła dawka, jak mówiłem, wahała się od 0·5 do 0·8.

Co się zaś tyczy miejsca, dokąd należy wstrzykiwać, to stosowałem się ściśle do prawideł Lannelonguea. One są racyonalne i zarzucić im nic nie można.

1) Przedewszystkiem należy unikać wstrzyknięcia do jamy stawowej. Byłoby to błędem. Z drugiej strony nie należy wstrzykiwać zbyt powierzchownie. Igła powinna dojść aż pod okostnę a przynajmniej pod więzy stawowe.

2) Najlepszym i najstósowniejszym do wstrzyknięcia miejscem jest linia przejścia torbieli stawowej (*bursa synovialis*) na kość, t. j. miejsce przyczepienia *bursae synovialis*. Ostrze igły powinno oprzeć się o kość. Nieraz, gdy igła zbyt głęboko wejdzie w kość, wstrzyknięcie jest niemożebne wskutek zatkania dziurki w ostrzu. Wtedy należy igłę nieco unieść i pochyliwszy nacisnąć tłok a wtedy wstrzyknięcie pójdzie gładko.

3) Lannelongue doradza wykonywać wstrzykiwania w jednem posiedzeniu. Dziesięcioletniemu dziecku wstrzykuje od 30 do 40 kropli na raz. Używa chloroformu. I tylko w razach, gdy nie udaje się powstrzymać choroby jednorazową injekcyą, ponawia wstrzykiwania, nie wcześniej, jak we 3 tygodnie po pierwszem posiedzeniu. Ja przekonałem się, że nie ma potrzeby tak długo zwlekać. Zazwyczaj powtarzałem injekcye po 7 dniach. A gdzie mi chodziło o pośpiech (n. p. wskutek przynaglania pacyentów), tam wstrzykiwałem po 3 dniach.

4) Wstrzykiwania pod okostnę są bolesne. Jednak ból nie jest tak mocny, aby należało we wszystkich bez wyjątku przypadkach uciekać się do narkotyzacyi. U mężczyzn n. p. wstrzykiwałem bez narkozy. Chorzy mię zapewniali, że ból nie jest mocny. Najboleśniejszą jest chwila, kiedy kropla płynu wylewa się z igły pod okostnę. Wtedy powstaje ostry, przeszywający ból, szybko przemijający. Chorzy poddawali się tej małej operacyi bez najmniejszej obawy. Rzecz widoczna, że ból przy ukłóciach jest tak niewielki, że nawet dzieciom w wieku lat 6—8 udawało się wykonywać wstrzykiwania ponownie bez usypiania, po 12—15 ukłóć w jednem posiedzeniu. Miałem 4-letnią pacyentkę, która po pierwszem posiedzeniu, dokonanem pod chloroformem, poczuła tak wielką odrazę do chloroformu, że wszelkiemi siłami protestowała przeciwko niemu przy następnem posiedzeniu. Zgodziła się dobrowolnie na wstrzyknięcia bez chloroformu i na dowód małej bolesności przeniosła wstrzykiwania w trzech posiedzeniach bez płaczu. Jednak u chorych nerwowych, wrażliwych i u bojaźliwych radziłbym używać narkozy, albo chloroformem, albo bromkiem etylu. Zabieg operacyjny jest tak krótki, że 5 minut narkozy bromkiem etylu wystarcza do wstrzyknięcia lekarstwa i założenia opatrunku gipsowego.

Niektórzy chirurdzy przypisują takim wstrzykiwaniom pod okostnę wielką bolesność. Dr. Gabryszewski także wyraził takie zdanie. Bardzo przyjemną jest rzeczą obalić ten pogląd na zasadzie licznych spostrzeżeń. Przekonanie o wielkiej niby bolesności wstrzykiwań mogło stanowić nie małą przeszkodę szerszemu stosowaniu metody.

5) Lannelongue doradza założenie opatrunku uciskającego, unieruchomiającego lub wyciągającego w kilka zaledwie dni po wstrzykiwaniu. Motywuje to wystąpieniem obrzęku i zaczerwienienia stawów i kości po injekcyi chlorku cynku. Po dwóch lub po trzech dniach obrzęk ma przechodzić. Temu muszę stanowczo zaprzeczyć. Nawet w tych licznych moich przypadkach, gdzie natychmiast opatrunku nie zastosowano, nie widziałem ani jednego razu znaczniejszego obrzęku, ani zapalenia, ani nawet jakiegokolwiekbądź podrażnienia naokół punktów wstrzyknięcia. Najwięcej, co widziałem czasem, to parogodzinne obrzmienie, bez zaczerwienienia skóry, które powstało głęboko, w tkance łącznej, otaczającej wzdłuż linii wstrzyknięcia, ale to obrzmienie było tak nieznaczne, że potrzeba było dobrze przypatrywać się, aby coś dojrzeć. Dla tego ja w większej części swoich przypadków po wstrzyknięciu pokrywałem całą okolicę grubą warstwą *collodium* czystego, czy też *collodium cum jodoformio* lub *cum ichthyolo*, i nakładałem opatrunek z waty, unieruchomiający, najczęściej gipsowy. Nieraz używałem do opatrunku płynnego szkła (*kali silicicum crudum*). Najważniejszą rzeczą, mojem zdaniem, jest aseptyczne wykonanie wstrzykiwań. Skóra powinna być dobrze wymyta i ogolona.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Przypadek ostrego nadmiaru potoku (*hydramnios acutus*) leczony przez punkcyę macicy.

Napisał

Dr. Franciszek Kośmiński,

sekundaryusz oddziału.

Różne stany patologiczne samego płodu, pępowiny i łożyska spotykamy bardzo często równocześnie wraz z nadmierną ilością wód płodowych. Z tego też powodu przypuszczamy, iż różne są przyczyny, które mogą wywołać *hydramnios* a jedynie tylko przypuszczać możemy dlatego, że dotychczas prawdziwie nie wiemy, jakiego w ogóle pochodzenia jest woda płodowa. Gdy bowiem jedni przypuszczają, iż woda płodowa powstaje głównie skutkiem wydzielania moczu przez płód, to drudzy uważają wodę płodową za ciecz o cechach cieczy surowiczej, w której mocz płodu znajduje się tylko jako domieszka. Różne teorye, tłómaczące powstawanie *hydramnios* a tem samem wyświetlające poniekąd pochodzenie wody płodowej zestawił Philipps (*Edinb. med. Journ.* Kwiecień 1887).

Ściślej granicy pomiędzy prawidłową ilością wód płodowych a *hydramnios* oznaczyć nie można, tem więcej, że ilość prawidłowa wody płodowej dokładnie oznaczoną nie

jest; gdy bowiem Gassner przyjmuje 1877 cm.³ wody płodowej jako ilość normalną, średnią na końcu ciąży, to Fehling na podstawie swoich badań oznacza ilość średnią wody płodowej na 630 cm.³ *(Handbuch der Geburtshilfe* v. Müller. T. II.).

Uwzględniając ilość wody płodowej, jako też powolniejszy lub prędszy sposób powstania, możemy rozróżnić trzy grupy czyli stopnie *hydramnios*. Do pierwszej zaliczymy przypadki najczęściej spotykane, gdzie ilość wód płodowych zwiększa się stopniowo powoli i nie jest zbyt wielka, skutkiem czego osoby dotknięte nie doznają poważniejszych zaburzeń. Do drugiej zaliczymy te, w których wprawdzie ilość wody płodowej zwiększa się powoli, jednak jest bardzo znaczna, a skutkiem nadmiernie zwiększonego parcia środkowego występują poważne, często wprost życiu zagrażające zboczenia w zakresie narządu oddechania i krążenia. Trzecią zaś grupę tworzyć będą przypadki wyróżniające się bardzo szybkiem powstaniem i nadzwyczajnie wielką ilością wód a występujące przedewszystkiem w przebiegu ciąży bliźniaczej, z jednego jajka rozwijającej się. Te ostatnie nie są wcale częste tak, że Küstner *(Handbuch der Geburtshilfe* v. Müller T. II.) do roku 1883. zdołał zebrać z literatury tylko sześć takich przypadków; później opisał jeden taki przypadek Guzzoni *(Gazette de ospit.* 1887.) a następnie Remy *(Archiv. de tocol. et de gyn.* T. XIX. 1892.), wreszcie Schaumburg w swojej rozprawce: *Über Hydramnios (Inaug. Dissert.* Basel. 1892.), obok kilku innych opisuje również jeden przypadek ostrego *hydramnios* w przebiegu ciąży bliźniaczej, z jednego jajka powstałej.

Nawet wtedy, gdy ilość wód płodowych nie jest jeszcze bardzo wielka, rozpoznanie *hydramnios acutus* nie jest łatwem; w późniejszym okresie zaś macica nadmiernie wypełniona, o ścianach cienkich, przedstawia łudzące podobieństwo do guzów jamy brzusznej, treść płynną zawierających a więc w pierwszym rzędzie do torbieli jajnikowych tak, że rozpoznanie pewne jest, co najmniej, bardzo trudne, czego oczywistym dowodem są znane przypadki tego rodzaju pomyłek rozpoznawczych. I tak Reeves *(Brit. med. Journ.* Lipiec 1887.) opisuje przypadek, w którym z powodu nagle powiększającego się guza w jamie brzusznej wystąpiła wielka duszność. Zawezwany autor rozpoznał torbiel jajnikowy, wykonał celiotomię, podczas której przekonał się, że guzem tym była macica bardzo znacznie powiększona z powodu *hydramnios*. Powłoki brzuszne zeszyto, w kilka zaś dni wywołano poród przez sztuczne rozszerzenie szyjki macicy i przebicie pęcherza płodowego. Wilson *(Americ. Journal of. obst.* 1887.) podaje podobny przypadek. U kobiety, która od 5-ciu miesięcy nie miała regularności, wystąpiło nagłe powiększenie się brzucha bardzo znacznego stopnia, duszność, bezdech i znacznych rozmiarów obrzęk kończyn dolnych. Rozpoznano torbiel jajnikowy, wykonano celiotomię, wśród której przekonano się o pomyłce; zeszyto zatem powłoki brzuszne, rozszerzono szyjkę macicy i przebito pęcherz płodowy i w ten sposób wypróżniono jamę macicy. Najciekawszy przypadek opisuje Reverdin *(Gaz. méd. de Paris* Nr. 9. 1894). I w tym przypadku rozpoznano torbiel jajnikowy i wykonano celiotomię, jednak i po otwarciu jamy brzusznej nie spostrzeżono pomyłki, nacięto następnie guz, wypuszczono bardzo znaczną ilość płynu brudnawo zabarwionego i dopiero, gdy przez otwór, skutkiem nacięcia guza powstały wypadła pętla pępowiny, rozpoznano *hydramnios*.

Taki nadzwyczajnie rzadki przypadek *hydramnios* w przebiegu ciąży bliźniaczej miałem sposobność spostrzegać w oddziale położniczym.

R. K., lat 36 licząca, przyjęta została do szpitala św. Łazarza rano dnia 7. Września 1894.

Wywiady: Rodziła siedem razy na czasie a raz jeden przedwcześnie w szóstym miesiącu. Połogi odbywała prawidłowo. Ostatnia regularność na początku Marca 1894. Z początkiem Sierpnia 1894. zauważyła bardzo znaczne, nagłe powiększenie się brzucha. Od tego czasu, to jest od Sierpnia, brzuch z tygodnia na tydzień coraz bardziej szybko się powiększał tak, że od dwu tygodni chora nie może z powodu duszności ani spać ani nawet leżeć w łóżku. Chora sądzi, iż jest w szóstym miesiącu ciąży; ruchy płodu czuje od trzech tygodni.

Badanie wykazało: Osoba wzrostu średniego, dobrze zbudowana i odżywiona, temperatura ciała nie podwyższona, 37·1° C., tętno przyspieszone 120 na minutę, duszność bardzo znaczna, liczba oddechów 28 do 32 na minutę. W dolnych częściach płuc szmery oddechowe osłabione; stłumienie serca w małej przestrzeni, tony serca czyste, czynność serca wzmożona, uderzenie silne. Sutki obwisłe, zrazy gruczołu mlecznego nieco powiększone; za uciskiem wydobywa się klej. Powłoki brzuszne napięte, w dolnych częściach brzucha skóra obrzękła. Brzuch w całości bardzo znacznie wypuklony, więcej pod pępkiem niż nad nim, przez guz ograniczony, wychodzący z miednicy małej, sięgający ku górze aż do wyrostka mieczykowatego mostka, na boki zaś zachodzący aż pod oba łuki żebrowe. Guz ten konsystencyi elastycznej okazuje wybitne chełbotanie, za głębszem zaś obmacywaniem końcami palców czuć niekiedy jakby uderzenie ciała twardego o ściany guza. Wypuk nad guzem stłumiony; badanie przysłuchowe nic nie wykazuje.

Chora ta zostawała w domu pod opieką profesora Dra Marsa, który na moją prośbę podał mi kilka szczegółów. I tak pierwszy raz badał chorą dnia 28. Sierpnia; wtedy obwód brzucha mierzony przez pępek wynosił 118 cm., odległość spojenia łonowego od wyrostka mieczykowatego 61 cm., odległość pomiędzy *spina anterior superior dextra ossis ilei* a pępkiem wynosiła 32 cm. pomiędzy zaś *spina anterior superior sinistra* a pępkiem 29 cm. Już wówczas rozpoznał *hydramnios acutus*.

Dnia 4. Września chora była badana wspólnie z prof. Drem Jordanem; wtedy obwód brzucha wynosił 119 cm., odległość spojenia łonowego od wyrostka mieczykowatego 63 cm., od *spina anterior sup.* do pępka po stronie prawej 32 cm., po lewej 31 cm. Dnia tego po wspólnej naradzie, postanowiono z powodu szybkiego wzrostu *hydramnios* spróbować w tym przypadku punkcyi macicy według Schatza i w tym celu polecono chorej udać się do szpitala.

Dnia 7. Września przed południem obwód brzucha mierzony przez pępek wynosił $122^1/_2$ cm., odległość spojenia łonowego od wyrostka mieczykowatego 64 cm., odległość pomiędzy *spina ant. sup.* a pępkiem po prawej stronie wynosi $34^1/_2$ cm., po lewej zaś $33^1/_2$ cm. Obie kończyny dolne bardzo znacznie obrzękłe. Badanie moczu wykazuje spory ślad białka. Wejście do pochwy szerokie, pochwa długa w górę wyciągnięta; część pochwowa, bardzo wysoko ustawiona wyczuć się daje w postaci guzika. Ujście zewnętrzne szparowate z wrębami, na koniec palca drożne, szyjka zwęża się ku górze, dalszy ciąg części pochwowej rozszerza się zaraz szeroko na boki i przechodzi w ściany guza.

Rozpoznanie: Ciąża IX., prawdopodobnie szósty miesiąc księżycowy skończony, *hydramnios acutus*.

Wobec ogólnego stanu, wobec wielkiej duszności i osłabienia chorej, nie można było zwlekać. Dwa postępowania w tym przypadku były możliwe, albo przebicie pęcherza płodowego wprost przez szyję macicy, poczem nastą-

piłby bezwątpienia poród przedwczesny, albo też idąc za radą Schatza wykonać punkcyę macicy przez powłoki brzuszne, wypuścić pewną ilość wód płodowych w celu zmniejszenia ciśnienia w jamie brzusznej, skutkiem czego duszność byłaby mniejszą, i starać się o utrzymanie ciąży. Powtarzając zaś taką punkcyę w pewnych odstępach czasu, możnaby mieć nadzieję utrzymania ciąży aż do czasu, w którym płód staje się zdolnym do życia pozamacicznego. W naszym przypadku wybrano to drugie i dnia 7. Września około 11-tej godziny przed południem wykonano cienkim trójgrańcem punkcyę macicy przez powłoki brzuszne, nieco powyżej i po stronie lewej w odległości 8—10 cm. od pępka. W celu zmniejszenia duszności i usunięcia bardzo znacznego napięcia w jamie brzusznej musiano wypuścić 4500 cm.^{3} wód płodowych, poczem założono zwykły, plastrowy opatrunek antyseptyczny, taki, jak po zwykłej punkcyi jamy brzusznej. Po punkcyi obwód brzucha mierzony przez pępek wynosił 113 cm., odległość zaś spojenia łonowego od wyrostka mieczykowatego wynosiła 56 cm.

Chora zniosła zabieg bardzo dobrze, tętno zwolniało nieco, 108 na minutę, liczba oddechów zmniejszyła się na 24—26 na minutę. Bezpośrednio po punkcyi podano chorej 25 kropel nastoju makowca i *laudanum* po 3 centygramy w czopkach. (Dokończenie nastąpi).

III. Z Zakładu higienicznego w Krakowie.

Higieniczne badanie wód studziennych w Krakowie.

Podał

O. BUJWID.

Przed kilkunastoma miesiącami[1]) miałem sposobność wyszczególnić wymagania współczesnej higieny od wody do picia. Nadmieniłem wówczas, że woda dobra pod względem higienicznym:

1) nie powinna zawierać bakteryj chorobotwórczych;

2) nie powinna zawierać innych bakteryj więcej niż 100 w 1 cm.^{3};

3) twardość nie powinna przenosić 16—18 stopni francuskich, czyli woda nie powinna zawierać więcej niż 160 do 180 miligr. wapna w litrze (siarkanu i węglanu wapniowego i magnowego;

4) nie powinna zawierać amoniaku ani kwasu azotawego (mianowicie woda studzienna);

5) nie powinna zawierać więcej niż 15 miligr. chloru (w postaci chlorków) w litrze;

6) nie powinna zawierać więcej ponad 50 miligr. w litrze materyj organicznych;

7) nie powinna zawierać więcej niż 5—10 miligramów kwasu azotowego.

Według innych badaczy dopuszczalne są ślady amoniaku oraz nieco więcej chloru i kwasu azotowego. (Związek szwajcarskich chemików dopuszcza 20 miligr. chloru i 20 miligr. kwasu azotowego[2]).

Jak się przedstawia wobec tych wymagań woda krakowska, rozpatrzymy poniżej.

Pod względem chemicznym woda krakowska badana była w r. 1870. przez prof. Olszewskiego. Zbadano wówczas 65 studzien. Zdanie, które wypowiedział prof. Olszewski, da się i obecnie powtórzyć. Woda krakowska studzienna jest stanowczo do użytku niezdatna a z niektórych studzien jest nawet prawdopodobnie szkodliwa.

W tablicy niżej umieszczonej mamy zestawione wyniki badań 74 studzien (z tego 3 studnie na Woli Justowskiej), które wykonaliśmy wspólnie z p. Leonardem Bierem, medykiem, którego gorliwej pracy w znacznej części wyniki tej pracy zawdzięczam.

Jakkolwiek nie znaleziono bakteryj chorobotwórczych w żadnej studni, to jednak

1) pod względem ilości bakteryj odpowiadają wymaganiom higieny tylko Nra 9, 18, 40, 41, 46, 47, 48, 73;

2) pod względem twardości żadna woda nie odpowiada wymaganiom higieny nawet w przybliżeniu. Najmniejszą twardość wynoszącą 36 do 48 stopni franc. mają wody Nra 42, 45, 54, 55, (Piasek i Kleparz) oraz 2 studnie na Woli Justowskiej. Natomiast w śródmieściu i na Kazimierzu spotykamy cyfry od 4 do 6 razy przenoszącą ilość normalną;

3) amoniak zawiera woda w większej części studzien krakowskich;

4) ilość materyj organicznych w znacznej liczbie studzien nie przechodzi dozwolonej normy; do tego jednak nie przywięzuje obecnie higiena tak wielkiej wagi. Natomiast

5) kwasu azotowego niema tylko w jednej studni (jest w niej amoniak);

6) kwasu azotawego nie znaleziono tylko w 26 studniach. Nadewszystko zaś ilość chlorków w wodzie studzien krakowskich jest wszędzie bardzo wielką i co najmniej 5—10 razy przekracza ilość dozwoloną. W 6 tylko studniach jest bliską normy a mianowicie na ulicy św. Filipa, na Szlaku (pod Nrem 54 i 55), na ulicy Rakowickiej i Basztowej (pod Nrem 57 i 58) i na Woli Justowskiej.

W Rynku i na Kazimierzu istnieją prawdziwe solanki sztuczne, z wydzielin powstałe. Taką jest n. p. studnia na Rynku w domu pod Nr. 9, 12. (szczególnie zaś Nr. 32. zawierający największą ilość obserwowaną w Krakowie) i wiele innych.

Wody tego rodzaju można uważać za rozcieńczony mocz; można nawet obliczyć stósunek tego materyału, wypijanego w takiej wodzie, jako 1 : 10 (w wodzie najgorszej) lub 1 : 100 (w przeważnej ilości wód krakowskich). Średnio więc wypijamy w wodzie 1 do 2% wydzielin płynnych, ludzkich i zwierzęcych.

Wobec tego istotnie naglącą jest potrzeba pomyślenia z jednej strony o zaprowadzeniu wodociągów z dobrą wodą i o racyonalny sposób kanalizacyi odprowadzającej zanieczyszczenia, które w teraźniejszych kanałach przynajmniej w śródmieściu w znacznej części muszą wsiąkać do gruntu. Widocznem to jest mianowicie w Rynku, gdzie inaczej niepodobna wyjaśnić tak wielkiej ilości chlorków w wodzie znajdowanych.

Do przesiąkania nieczystości do gruntu przyczyniają się oczywiście i doły kloaczne, które w pewnej liczbie są dna pozbawione; za pomocą badania ilości chlorków możnaby nawet z góry określić, które domy mają takie doły pochłonne.

Zresztą nawet dobrze uszczelnione doły kloaczne stają się z czasem przepuszczalnemi i zanieczyszczenia przechodzą z nich do studzien, w których poziom wody jest zawsze niżej położony a więc i ciśnienie w dole kloacznym w ten sposób musi być wyższe.

[1]) Patrz *Przegląd lekarski* Nr. 29 i 31 1894.
[2]) Rubner: Hb. d. Hyg. s. 305.

Tablica higienicznych rozbiorów wody ze studzien miasta Krakowa.

Liczba porządkowa	Data i miejsce zaczerpnięcia			Ilość bakteryi w 1 cm. sz.	Twardość ogólna	Twardość stała	Ilość chloru w litrze	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Amoniaku	Części organicznych odp. kw. szczaw.	Uwagi
	Dzień, miesiąc i rok	Dzielnica	Ulica i Nr. domu									
1.	6. Marca 1894.	Śródmieście (I.)	Rynek 6.	220	78	56	0.1669	więcej nad 0.001	prawie nie ma	prawie nie ma	0.024	woda czysta
2.	„	„	„ 9.	220	87	70	0.2095	„	„	„	0.024	„
3.	„	„	„ 12.	170	72	68	0.2308	„	„	„	0.0.4	„
4.	12. „	„	„ 41.	215	75	71	0.1562	„	ślad	ślad	0.025	„
5.	„	„	„ 47.	250	75	67	0.1491	„	„	„	0.020	„
6.	„	„	„ (studnia naprzeciw starostwa)	500	75	70	0.1953	„	„	„	0.015	„
7.	4. Kwietnia	„	Rynek 32.	1000	80	76	1.423	„ 0.001	słaby ślad	wyraźny ślad	0.062	w. nieco mętna
8.	„	„	„ 22.	220	72	64	0.1207	„	„	0	0.025	woda czysta
9.	8. Marca	„	Floryańska 14.	100	64	34	0.1491	„ 0.010	ślad	ślad	0.015	„
10.	16. „	„	Szczepańska 9.	540	87	79	0.1775	„	„	„	0.034	„
11.	8. Kwietnia	„	Franciszkańska 1.	800	66	64	0.1882	„	0	0	0.030	„
12.	„	„	Gołębia Uniw.	600	82	72	0.1953	„	0	0	0.043	„
13.	7. „	„	Jagiellońska 6. Szewska 11.	1000	76	72	0.1340	„ 0.001	słaby ślad	b. słaby ślad	0.033	„
14.	„	„	Św. Anny 5.	500	96	92	0.2485	„	„	„	0.036	„
15.	„	„	Wiślna 9.	1400	70	62	0.1704	„	„	0	0.022	„
16.	„	„	Bracka 9.	1250	96	74	0.1349	„	„	0	0.025	„
17.	9. „	„	Szpitalna 24.	400	62	54	0.0994	„	„	0	0.022	„
18.	„	„	Św. Jana 13. Św. Marka 16.	100	72	60	0.1179	„	0	słaby ślad	0.023	„
19.	„	„	Sławkowska 22.	1500	60	54	0.0817	„	0	0	0.017	„
20.	„	„	Św. Tomasza 8.	280	76	64	0.1207	„	0	b. słaby ślad	0.038	„
21.	„	„	Reformacka 1.	700	76	66	0.1253	„	0	0	0.023	„
22.	21. „	„	Kanonna 4.	160	64	62	0.1624	„	b. słaby ślad	0	0.013	„
23.	„	„	„ 11.	500	84	80	0.2485	„	„	0	0.023	„
24.	„	„	Poselska 20.	220	66	60	0.1278	„	„	0	0.011	„
25.	5. „	Stradom (II.)	Dietlowska 58.	480	84	76	0.1314	„	0	b. słaby ślad	0.030	„
26.	11. Maja	„	Św. Agnieszki 58. Stradom 27.	280	90	82	0.2059	„	ślad	0	0.025	„
27.	„	„	Koletek 4	650	90	62	0.2201	„	0	0	0.017	„
28.	„	„	Stradom 6.	600	82	64	0.1846	„	ślad	słaby ślad	0.023	„
29.	„	„	„ 13.	1150	72	68	0.1597	„	0	„	0.021	„
30.	5. Kwietnia	Kaźmierz (III.)	Dietlowska 67.	800	120	104	0.2024	„	0	b. słaby ślad	0.024	„
31.	„	„	„ 99.	220	80	80	0.1136	„	0	„	0.021	„
32.	6. „	„	Ciemna 17.	1500	72	72	0.1400	„	b. słaby ślad	0	0.022	„
33.	„	„	Szeroka 12.	4000	94	94	0.2485	„	„	0	0.018	„
34.	„	„	Piekarska 2.	400	80	72	0.1953	„	„	0	0.015	„
35.	„	„	Krakowska 45.	600	100	96	0.2769	„	„	0	0.024	„
36.	„	„	Skaleczna 3 i 5.	560	128	128	0.3905	„	„	słaby ślad	0.031	„
37.	„	„	Miodowa 11.	15600	104	96	0.2200	„	0	„	0.022	„
38.	11. Maja	„	„ 37.	1150	76	60	0.1278	około 0.001	ślad	0	0.017	„
39.	6. Marca	Piasek (IV. i V.)	Studencka 11.	200	56	26	0.0888	więcej nad 0.001	prawie nie ma	prawie nie ma	0.025	„
40.	„	„	„ 9.	90	68	64	0.1029	„	b. słaby ślad	0	0.015	„
41.	13. „	„	Dolne młyny 3.	90	72	72	0.0745	„	w. ślad	0	0.015	„
42.	16. „	„	Biskupia 8.	550	44	40	0.0426	ślad	„	0	0.021	„
43.	19. „	„	Krupnicza 10.	550	78	60	0.0817	więcej nad 0.010	prawie nie ma	prawie nie ma	0.035	„
44.	„	„	Karmelicka 8.	436	66	62	0.1527	„	„	„	0.038	„
45.	„	„	„ 15.	126	46	44	0.0462	„	0	0	0.027	„
46.	„	„	„ 47.	38	54	36	0.0604	nie ma	0	b. w. ślady	0.046	w. mętnawa
47.	„	„	Łobzowska 23.	86	36	36	0.0391	słaby ślad	0	0	0.028	woda czysta
48.	15. „	Kleparz (VI.)	Rynek kleparski.	90	68	51	0.0781	więcej nad 0.010	0	ślad	0.007	„
49.	„	„	Plac Matejki 5.	110	59	48	0.0639	„	0	0	0.014	„
50.	„	„	Pędzichów 16.	4800	112	58	0.3941	„	znaczna ilość	ślad	0.060	„
51.	„	„	Koszary Arcyks. Rudolfa.	310	56	52	0.0284	„	„	0	0.014	„
52.	16. „	„	Długa 12.	240	75	67	0.1598	„	ślad	ślad	0.038	„
53.	„	„	„ 59.	600	75	72	0.1385	„	„	„	0.020	„
54.	„	„	Szlak 8.	190	46	36	0.0213	„	„	0	0.025	„
55.	18. Maja	„	Św. Filipa 11.	208	48	36	0.0330	ślad	0	0	0.005	„
56.	17. Marca	Wesoła (VII.)	Lubicz 24.	440	79	72	0.0639	więcej nad 0.010	0	b. słaby ślad	0.028	„
57.	„	„	Rakowicka 21.	800	58	58	0.0249	„	0	0	0.018	„
58.	„	„	Basztowa 27.	800	68	52	0.0391	„	0	0	0.024	„
59.	„	„	Niecała 6.	320	80	64	0.0852	„	w. ślad	0	0.031	w. mętnawa
60.	„	„	Kolejowa 12.	3600	62	62	0.0533	„	0	0	0.028	woda czysta
61.	5. Kwietnia	„	Starowiślna 3.	1200	116	104	0.7278	więcej nad 0.001	0	w. ślady	0.078	woda prawie czysta z odcieniem żółtawym
62.	„	„	„ 22.	900	78	74	0.1775	„	ślad	„	0.048	
63.	20. „	„	Kolejowa 1.	250	56	52	0.0888	„	0	ślad	0.020	woda czysta
64.	9. „	Nowy Świat (VIII)	Zwierzyniecka 21.	520	88	72	0.2095	więcej nad 0.010	b. w. ślady	znaczna ilość	0.050	„
65.	„	„	Smoleńska 19.	600	92	82	8.1100	„	ślad	0	0.040	„
66.	„	„	„ 16.	210	92	90	0.0426	około 0.001	0	w. ślad	0.023	mętna brudno-żółtawa
67.	„	„	Wolska 15.	140	110	104	0.1243	więcej nad 0.001	ślad	„	0.023	woda czysta

Liczba porządkowa	Data i miejsce zaczerpnięcia			Ilość bakteryj w 1 cm sz.	Twardość ogólna	Twardość stała	Ilość chlorku w litrze	Kwasu azotowego	Kwasu azotawego	Amoniaku	Części organicznych odp. kw. szczaw.	Uwagi
	Dzień, miesiąc i rok	Dzielnica	Ulica i Nr. domu									
68.	20. Kwiet. 1894.	Nowy Świat (VIII)	Wolska 2. Straszewskiego 22.	120	84	80	0.2485	więcej nad 0.001	b. słaby ślad	0	0.023	woda czysta
69.	19. Lipca	„	Wawel areszt.	110	60	—	0.284	bardzo dużo	0	0	—	„
70.	„	„	„ koszary.	110	60	—	0.142	„	0	0	—	„
71.	23. Sierpnia	„	Wola Justowska dom Eks. Dra Madejskiego.	120	48	7	0.024	ślady	—	—	—	w. zielonawa
72.	„	„	Wola Just., studnia pod pałacem.	2000	50	—	0.040	b. w. ślady	—	—	—	—
73.	„	„	Wola Just., druga studnia w domu Eks. Dra Madejskiego.	80	30	7	0.070	„	—	—	—	—
74.	„	„	Kopernika, szpital św. Łazarza, oddział chorób zakaźnych (studnia).	400	72	35	0.084	„	b. drobny ślad	—	—	—

IV. Oceny i sprawozdania.

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

Dra Karola Kleckiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 37).

W końcu musimy wspomnieć o ważnej roli, którą odgrywa w powstawaniu zapalenia otrzewny po przedziurawieniu jelita uszkodzenie otrzewny w miejscu przedziurawienia, stanowiące niejako bramę dla bakteryj wrastających w tkankę otrzewny; nadto uwzględnić musimy, o ile przedziurawienie jelita nie nastąpiło wskutek urazu, już poprzednio powstałe zmiany patologiczne otrzewny. Zmiany te, które w jednych przypadkach predysponują otrzewnę do stanu zapalnego skutkiem zmian, jakie nastąpiły w odżywieniu komórek śródbłonkowych, w innych chronią organizm od ogólnego zakażenia przez poprzednie wytworzenie zlepów oraz zrostów z sąsiednimi narządami tak, że po pęknięciu jelita następuje tylko miejscowe, otorbione zapalenie otrzewny, którego przebieg bywa zazwyczaj stosunkowo łagodny oraz którego leczenie chirurgiczne najczęściej bywa uwieńczone pomyślnym wynikiem.

Oczywiście przy powstawaniu zapalenia otrzewny, któremu głównie przeciwdziała resorpcya, nie jest obojętnym ogólny stan organizmu, od którego zależy unieszkodliwienie pewnej ilości bakteryj chorobotwórczych oraz ich produktów. Wiadomości nasze, tyczące się mechanizmu oraz chemizmu tej ważnej a zarazem tak ciekawej kwestyi, są dopiero w zaczątku. Znamy wprawdzie własności bakteryobójcze krwi oraz niektórych narządów, nie znamy jednak jeszcze dokładnie roli, jaką one odgrywają w powstawaniu zakaźnego zapalenia otrzewny. Nie ulega wątpliwości, że ciałka białe odgrywają tu pewną rolę, być może nawet najważniejszą, jednakowoż nieprawdopodobnem wydaje się przypuszczenie, by wszystkie bakterye chorobotwórcze zostawały pokonane przez organizm za pomocą fagocytozy. To też większość badaczów przypisuje unieszkodliwienie bakteryj chorobotwórczych, które z jamy otrzewny wchłonięte zostały, przynajmniej w części różnym tkankom i narządom organizmu, jako to śledzionie i wątrobie (Grawitz[205]), krwi oraz wogóle tkankom organizmu (Baumgarten), głównie zaś wątrobie (Gilbert, Roger), która ma posiadać własność zmieniania i unieszkodliwiania jadów bakteryjnych.

Jeśli własności bakteryobójcze organizmu nie są w stanie unieszkodliwić wchłoniętych bakteryj, następuje bakteryemia. Wykazał ją Hahn[206]) w wielu przypadkach ciężkiego zapalenia otrzewny; nadto stwierdził ten stan A. Fraenkel[207]), Kraft[208]), Rodet i Roux[209]) i inni. Wprawdzie według Grawitza[210]) koki ropne mogą krążyć we krwi bez szkody dla organizmu, może się to jednak odnosić jedynie do stosunkowo niewielkich ilości tych bakteryj, które ostatecznie przez organizm pokonane zostają. Tavel i Lanz[211]) twierdzą, że bakteryemia w zapaleniu otrzewny nie jest częstą. Autorom tym, rozporządzającym bogatym materyałem klinicznym, udało się zaledwo raz jeden wykazać we krwi gronowiec ropny złocisty w przypadku przedziurawienia żołądka skutkiem pęknięcia wrzodu okrągłego.

Według Tavela i Lanza znacznie częstsza od bakteryemii jest toksynemia, czyli nagromadzenie się we krwi trujących produktów bakteryjnych. Zapalenie płuc, występujące niestety tak często po operacyach brzusznych, jest spowodowanem według Tavela i Lanza przez toksynemię. Według Wahla[113]) oraz innych chirurgów uważać należy podobne zapalenie płuc za sprawy przerzutowe, występujące po wchłonięciu wysięków brzusznych. Należy tu jednak uwzględnić rolę, którą przy powstawaniu tej komplikacyi odgrywa poprzednia, zazwyczaj długa narkoza chloroformowa.

W zapaleniu otrzewny przyczyną śmierci jest zazwyczaj toksynemia. Zgadzają się na to niemal wszyscy autorzy, uwzględniając głównie objawy kliniczne, wśród których następuje śmierć w zapaleniu otrzewny.

Z powyższego streszczenia wynika, że jeszcze wielu ważnych kwestyj, tyczących się patogenezy zapalenia otrzewny nie rozwiązano: chorobotwórczość drobnoustrojów saprofitycznych, jak *bacterii coli communis*, występująca po przejściu tego drobnoustroju przez ścianę jelita, zachowanie się jadowitości bakteryj, które już przez pewien czas zostały wystawione na bakteryobójcze działanie organizmu, własności bakteryobójcze tkanek organizmu wogóle, w szczególe zaś własności

[205]) Grawitz: Entwickelung der Eiterungslehre und ihr Verhaltniss zur Cellularpathologie. Deutsche med. Woch. 1889. Nr. 23. p. 453.

[206]) Hahn: l. c. 29.
[207]) A. Fraenkel: l. c.
[208]) Kraft: l. c.
[209]) Rodet et Roux: l. c.
[210]) Grawitz: l. c.
[211]) Tavel und Lanz: l. c.
[113]) Wahl: Die Laparotomie bei Axendrehungen des Dunndarms. Archiv fur klin. Chirurgie T. XXXVIII, Zeszyt 2, p. 233, 1889.

bakteryobójcze niektórych narządów oraz ich działanie chemiczne na wchłonięte przez organizm jady bakteryjne, działanie produktów bakteryjnych na tkankę otrzewny, występujące za bezpośredniem zetknięciem się oraz po zadziałaniu ogólnem na ustrój — wszystko to są zagadnienia doniosłe a opracowane zaledwie w małej cząstce. Z drugiej strony jednak badania doświadczalne nad patogenezą zapalenia otrzewny w zestawieniu z wynikami sekcyjnymi oraz obserwacyą kliniczną rozjaśniły wiele stron ciemnych w tej ciekawej sprawie. Z badań tych wynika, że jakkolwiek każdy z czynników, wchodzących w grę w powstawaniu zapalenia otrzewny, wywiera na ustrój pewne działanie czy to ogólne, czy też miejscowe, typowe zapalenie otrzewny udaje się tylko wyjątkowo wywołać drogę doświadczalną przez wprowadzanie w grę, o ile to jest możliwem, poszczególnych czynników chorobotwórczych, wziętych z osobna; najłatwiej zaś takie zapalenie wywołać, jeśli skombinujemy razem kilka z tych czynników.

W naturze dzieje się tak samo: nie mamy tu nigdy do czynienia z jednem działaniem, z jednym wpływem, lecz przeciwnie, rozliczne działania i przeciwdziałania wspierają się wzajemnie, uzupełniają a z drugiej strony osłabiają się i znoszą.

To też rozpatrując krytycznie powstanie każdego z osobna przypadku zapalenia otrzewny, musimy uwzględnić z jednej strony: bakterye, jakie się do jamy brzusznej dostały, a mianowicie ich ilość, chorobotwórczość, czyli jadowitość pierwotną, lub nabytą już po dostaniu się do ustroju, formę, w jakiej się te twory do jamy brzusznej dostały, to jest czy to nastąpiło w hodowli czystej, wolnej od większej ilości produktów bakteryjnych, czy też wraz z tymi produktami, czy bakterye dostały się do jamy brzusznej jako ciała wolne, czy też zawarte w grudkach ciał stałych, trudno podlegających wchłanianiu; czy istniała komunikacya ze światłem jelita lub ze światem zewnętrznym a to ze względu na działanie tlenu, który wspiera działanie bakteryj.

Dalej uwzględnić musimy działanie produktów bakteryjnych. W przypadkach przedziurawienia narządów brzusznych działanie treści jelita czy guzów brzusznych, jako masy, zwłaszcza mechaniczne drażnienie otrzewny przez ciało stałe; następnie winniśmy pamiętać o ważnej roli, jaką odgrywają w powstawaniu zapalenia otrzewny miejscowe uszkodzenia tej błony, istniejące przedtem sprawy zapalne, owrzodzenia sięgające wgłąb tkanek, w ogóle stany patologiczne całej błony otrzewny lub też tylko pewnych jej części, powstałe skutkiem spraw poprzednich; wreszcie ogólny stan organizmu, dotkniętego chorobą zazwyczaj jeszcze przed wystąpieniem zapalenia otrzewny i upośledzonego w wielu czynnościach fizyologicznych, o ile zapalenie otrzewny nie powstaje skutkiem urazu.

Z drugiej strony winniśmy mieć na uwadze wszystkie dotychczas zbadane urządzenia organizmu, które wchodzą w grę w walce ustroju z bakteryami i które niejako służą za ochronę przed zakażeniem oraz obronę po zakażeniu ustroju.

Przedewszystkiem, najważniejszą rolę odgrywa tu resorpcya; funkcya ta organizmu jest jednak zależna od przeróżnych czynników, jako to od stanu ogólnego organizmu, stanu błony otrzewny, ruchu robaczkowego kiszek i innych okoliczności, z których każda znów jest wynikiem szeregu rozmaitych wpływów. Później winniśmy mieć na uwadze fagocytozę, również zależną od wielu czynników, w znacznej części już nam znanych. Dalej, przesiąkanie, tworzenie się wysięków otrzewnowych, które niejako roztwarzają gromadzące się w jamie brzusznej substancye szkodliwe dla organizmu; wytwarzanie się złogów włóknikowych, powlekających powierzchnię otrzewny nieprzepuszczalną warstwą, utrudniającą resorpcyę tych ciał oraz wytwarzanie się wysięku ropnego, z którego ciałka białe, po części rozpadłe wraz ze szczątkami bujającego śródbłonka otrzewnowego zatykają ujścia limfatyczne na powierzchni brzusznej przepony. W końcu powinniśmy uwzględnić własności bakteryobójcze tkanek i narządów organizmu, ewentualnie już poprzednio istniejącą odporność na pewne zakażenia, oraz własności antytoksyczne tych tkanek i narządów. Oczywiście własności te muszą być zależne również od wielu czynników; wszakże czynniki te jeszcze zupełnie nie są nam znane.

Wielu czynników, wyszczególnionych powyżej w pierwszym i drugim szeregu, właściwie nie można sobie przeciwstawić, gdyż działanie ich jest bardzo rozmaitem, stósownie do danych okoliczności. N. p. resorpcya, zazwyczaj najsilniejsza w początkowych okresach zapalenia otrzewny, stósownie do ilości, jadowitości chorobotwórczych bakteryj, formy, w jakiej się one dostały do jamy brzusznej, oraz ilości znajdującego się tam choćby obojętnego płynu, prowadzi albo do ogólnego zakażenia organizmu, albo też do unieszkodliwienia i wydalenia bakteryj oraz ich produktów. W późniejszych okresach zapalenia otrzewny resorpcya z jamy brzusznej zmniejsza się a nawet może ustać na czas pewien, co niejako stanowi akt obrony przeciw ogólnemu zakażeniu czy zatruciu.

Zmiany patologiczne otrzewny, istniejące przed jej zakażeniem, wprawdzie ułatwiają wystąpienie zapalenia tej błony, często jednak dzięki tym zmianom zapalenie pozostaje ograniczonem i nie wywołuje poważniejszych skutków.

Jednem słowem, powstanie, przebieg oraz zejście każdego przypadku zapalenia otrzewny zależy od sumy wszystkich tych czynników, z których znaczna część już zbadano. Kombinacye tych czynników są jednak tak liczne, że zaledwo, sądząc z rezultatu, możemy wnioskować o poszczególnych wpływach, jakie zachodziły, oraz o wzajemnem oddziaływaniu na siebie przeróżnych czynników. Dzięki wielu, zwłaszcza w ostatnich czasach wykonanym pracom z dziedziny anatomii, fizyologii oraz patologii jamy brzusznej a nadto dzięki postępowi, który czyni bakteryologia na polu fizyologii drobnoustrojów, zapoznaliśmy się do pewnego stopnia ze sposobem powstawania zapalenia otrzewny. Wiadomości nasze w tym względzie polegają jednak przeważnie na danych mechanicznych oraz morfologicznych. Koniecznem ich uzupełnieniem byłyby dane chemiczne, których niestety jeszcze nie posiadamy, a które nietylko rozszerzyłyby nasze wiadomości w tej mierze, ale, co ważniejsza, pogłębiłyby je. Ponieważ opracowanie ze strony chemicznej kwestyi powstawania zapalenia otrzewny, jakoteż wielu innych spraw, doniosłych ze stanowiska patologii ogólnej, oprzeć się musi o chemizm substancyj białkowych, musimy tę stronę patogenezy zapalenia otrzewny odłożyć aż do upragnionej chwili, w której chemia przyniesie nam podstawy, na których nowa nauka oprzećby się mogła.

Zakopane we Wrześniu 1894.

Rozprawy nad surowicą przeciwbłoniczą na tegorocznym Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Lubece.

Podał

Dr. Jan Raczyński.

Kiedy na zeszłorocznym Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich, obradującym w Wiedniu przedstawił Aronson nowy sposób leczenia błonicy, przedstawiając równocześnie już osiągnięte w szpitalu Baginskyego w Berlinie wyniki, kiedy te same doniesienia o leczeniu błonicy surowicą poczynił równocześnie Behring a jeszcze w kilka tygodni wcześniej Roux, postanowiono, nie przesądzając sprawy, zostawić jej załatwienie Zjazdowi następnemu, za rok odbyć się mającemu w tej nadziei, że statystyka po roku uzyskana zdoła rzecz wyjaśnić. Od Października więc zeszłego roku rozpoczęto doświadczenia z surowicą we wszystkich prawie klinikach i szpitalach dla dzieci a wkrótce potem pojawiać się zaczęły zdania kliników, nowy ten lek stosujących.

Doniesienia te, pochodzące z różnych stron, stwierdzały w przeważnej liczbie pomyślne wyniki leczenia, zmniejszenie procentu śmiertelności, rzadsze pojawianie się pewnych groźnych objawów i t. d.

I tak Baginsky w Berlinie, Widerhofer w Wiedniu oświadczyli się stanowczo za tym nowym lekiem. W Marcu b. r. wypowiedział także swoje zdanie na posiedzeniu Tow. lek. krak. prof. Jakubowski i wykazał dowodnie, że w surowicy mamy środek jak dotychczas najlepsze w leczeniu błonicy dający wyniki. Zjazd lekarzy chorób wewnętrznych, obradujący w Monachium uznał także skuteczność surowicy a późniejsze doniesienia lekarzy niemieckich, francuskich, angielskich i t. d. brzmią prawie jednozgodnie na korzyść tego sposobu leczenia.

Chociaż więc wobec tych okoliczności wartość surowicy i jej znaczenie dla leczenia błonicy nie ulegały żadnej wątpliwości a sprawa wydawała się już rozstrzygniętą i tak dokładnie omówioną, że już z góry nie można się było spodziewać, aby powiedziano coś nowego, to przecież zdanie dwóch kliników doświadczających na tak wielkim materyale, wzbudziło ogólne zainteresowanie.

W połączonych więc sekcyach pedyatrycznej, higienicznej i chirurgicznej pod przewodnictwem prof. Soltmanna pierwszy zabrał głos Heubner (z Berlina) a sprawozdanie swoje rozpoczął przytoczeniem liczb za skutecznością błonicy przemawiających; i tak wykazać można przedewszystkiem, że ogólna liczba śmierci z błonicy w Berlinie w ostatnim roku zmniejszyła się; gdy średnio (z 10 ostatnich lat) bywało rocznie 660 przypadków, w tym roku było ich tylko 440. W Paryżu umierało aż do czasów surowicy średnio w 2 tygodniach po 30 do 145, obecnie umiera w tym samym czasie tylko 4 do 27, a znaczne zmniejszenie się procentu śmiertelności ma swoją przyczynę w powszechnem stosowaniu surowicy.

Przechodząc w dalszym ciągu wykładu do wyników w swojej klinice otrzymanych, wykazuje, że i tutaj cyfry świadczą na korzyść surowicy, ogółem leczono bowiem 220 przypadków z 11·4% śmiertelnością, mimo to, że leczono wstrzykiwaniem w s z y s t k i e przypadki błonicy do szpitala się zgłaszające, nawet w stanie zupełnie beznadziejnym. Z tych 220 przypadków rozróżnić należy 174 przypadków błonicy pierwotnej, samoistnej, z których stracono tylko 8·6% i 46 przypadków błonicy następowej i powikłanej z 21·7% śmierci.

Najwidoczniejszy skutek jest w 110 przypadkach, leczonych wstrzykiwaniem w 1—3 dniu choroby; tu śmiertelność wynosi tylko 5·4%.

Wpływ surowicy na przebieg błonicy odbija się przedewszystkiem na przebiegu tej choroby u osesków: z 11 dzieci nie liczących jeszcze roku życia, zapadłych na błonicę, umarło tylko jedno. Również wybitnie odbił się wpływ surowicy na przebieg przypadków, które w szpitalu tej choroby dostały (*Hausinfection*), i gdy dawniej procent śmiertelności w tych przypadkach był bardzo znaczny, obecnie spadł on do 18%. Że nie wchodzi tu w grę jakieś przypadkowo słabsze nasilenie choroby, dowodzi H. tem, że w ciągu roku zauważył w Marcu i Kwietniu a drugi raz w Lipcu b. r. wzmożenie się epidemii, spotykano wtedy chorobę w jej znacznym nasileniu a mimo to procent śmiertelności z tych okresów wynosi tylko 13.

Już przez wszystkich stosujących surowicę stwierdzone szybsze o d r y w a n i e s i ę i znikanie b ł o n wrzekomych potwierdza także Heubner; przypisuje on nadto surowicy wpływ na przebieg gorączki i twierdzi, z czem nie zgodził się drugi referent, że w przypadkach niepowikłanych, typowych, wstrzyknięcie surowicy obniża gorączkę i sprowadza ciepłotę do normy.

S z k o d l i w e działanie na nerki wyklucza on zupełnie, nie zauważono bowiem, aby w czasie stosowania surowicy białkomocz i zapalenie nerek były częstsze, niż dawniej a popiera swoje twierdzenie przytoczeniem następującego przypadku z swojej kliniki: Dziecko leczone w szpitalu na przewlekłe zapalenie nerek zapadło na błonicę i mimo zastosowania u niego surowicy, objawy ze strony nerek pozostały zupełnie bez zmiany, nie dostrzeżono żadnego ich pogorszenia.

Heubner stanowczo jest zdania, że surowica nigdy n i e s z k o d z i a doniesienia z literatury trzech przypadków Alfoldiego, Guinona i Moissarda śmierci po wstrzyknięciu, nie poparte sekcyą nie dowodzą niczego.

Przechodząc do omówienia d a w k i wyraża zdanie, że wstrzykiwać należy wielkie ilości; u jego chorych wypada średnio na jednego po 1700 jednostek immunizacyjnych a wielkość dawki czyni on zależną od wysokości gorączki, rozległości błon wrzekomych i t. d. Tak n. p. wstrzyknięto siedmio-miesięcznemu oseskowi w ciężkiej błonicy gardła i krtani 2500 jednostek immunizacyjnych, dawkę, która już przez samą ilość zawartego w niej kwasu karbolowego była ogromną; dziecko wyzdrowiało a H. przypisuje to tylko działaniu surowicy. Nawiasem nadmienia, że niejednokrotnie od zastosowania większej dawki wstrzymuje nas obawa przed zatruciem ustroju kwasem karbolowym i dla tego zwraca się z zapytaniem do obecnego na posiedzeniu prof. Behringa, czy nie dałoby się zastąpić kwasu karbolowego innym środkiem dla ustroju obojętnym.

P o r a ż e n i a w ogóle a zwłaszcza porażenia serca przydarzają się jak dawniej i w tym względzie surowica nic nie zdziałała. (Ciąg dalszy nastąpi).

Higiena.

B a u m: **Mleko kobiece, jego zmienność i wpływ na odżywienie osesków.**

W pierwszej części swej pracy bada autor mleko matek karmionych w średnio dostatecznej ilości mięszaną dyetą, których oseski są zdrowe i prawidłowo się rozwijają. 71 rozbiorów chemicznych dokonanych u 15 kobiet wykazuje skład mleka następujący:

białka	2·033%
tłuszczu	3·600%
cukru	6·402%
popiołu	0·227%
stałych substancyj	12·262%

Skład chemiczny mleka dwóch różnych mamek nie ulega takim zmianom, jak mleko każdej z nich z osobna w rozmaitym czasie. U każdej kobiety karmiącej jest tak zwane fizyologiczne wahanie się składu mleka, przyczem tłuszcz ulega największym a sole najmniejszym ekskursyom. W pierwszych dniach połogu aż do dnia 10-go a najpóźniej 17-go po porodzie mleko doznaje zmiany polegającej na zmniejszeniu się białka a zwiększeniu cukru. Od tego czasu począwszy, mleko kobiece nie okazuje żadnych zmian w swym składzie chemicznym prócz fizyologicznych, nieregularnych wahań; to też fałszywem jest powszechnie utarte zdanie, iż młoda mamka nie może karmić starszego dziecka dlatego, że pokarm jest inny. Pokarm wieloródek okazuje zmniejszenie się ilości stałych składników. Matki rodzące dzieci słabe, okazują w mleku zwiększenie się ilości stałych składników (prócz popiołu), co zdaje się, jest działaniem i urządzeniem natury, by dzieciom słabym, słabo więc ssącym produkować pokarm więcej skoncentrowany. Wpływu wieku osób karmiących (18—40 lat) na regularne zwiększenie lub zmniejszenie się jakichkolwiek składników mleka dostrzedz nie można. W drugiej części swej pracy bada autor wpływ odżywienia karmicielki na mleko i oseska. Forsowne odżywianie jakoteż podawanie w znacznej ilości przeważnie substancyj białkowatych zwiększa w mleku ilość tłuszczu. Taki sam wpływ na pokarm wywiera podawanie mamkom znacznej ilości płynów. Żywienie samemi pokarmami skrobiowatemi jakoteż podawanie karmicielkom potraw słonych, ostrych lub jarzyn nie zmienia chemicznego mleka. Z chwilą ustawania wydzielania się pokarmu zwiększa się ilość białka, zmniejsza zaś tłuszczu a mleko takie zupełnie nabiera składu chemicznego siary. Nie ma więc sposobu, aby przez szczególny sposób odżywiania mamki wpłynąć na szybszy rozwój dziecka; zmiana żywienia lub jednostronne odżywianie karmicielki nie szkodzi oseskowi.

Wystąpienie regularności, psychiczne wrażenia, przemijająca gorączka, nie wywołuje w pokarmie zmian mogących szkodzić dziecku. Wystąpienie zaburzeń w przewodzie pokarmowym u osesków wtedy tylko przypisać należy pokarmowi karmicielki, jeżeli mleko zawiera dużo białka a więc zbliża się do siary, co i tak jest powodem do odstawienia lub co wydarza się najczęściej, gdy zawiera dużo tłuszczu, co rozpoznać można za pomocą laktobutyrometru, powszechnie w praktyce prywatnej używanego.

Jak bardzo mało zależy skład chemiczny mleka od różnych wpływów zewnętrznych, tak ilość pokarmu wydzielanego jest bardzo względna i zależna od wielu czynników. Pominąwszy, iż pokarm wydziela się tylko do pewnego czasu, rozwój sutków wywiera wpływ rozstrzygający na ilość pokarmu. To też osoby delikatne w starszym wieku, nader otyłe, wyniszczone długiemi gorączkami, krwotokami, biegunkami, ulegające wpływom nerwowym, wydzielają nader mało pokarmu. Wieloródki mają zwyczajnie sutki rozwinięte lepiej, niż pierwiastki; to też mleka wydają więcej. Wpływ regularności na ilość pokarmu nie jest stały, gdyż może wystąpić w bardzo wczesnym okresie karmienia lub późnym i być znakiem nagłego ustania wydzielania się mleka; dlatego też idąc za zdaniem Pfeiffera z chwilą wystąpienia miesiączki należy kontrolować ciężar dziecka. Ilość pokarmu zależy od przyjmowanego przez matkę pożywienia, lecz zwiększyć tej ilości przez forsowne, choćby jednostronne odżywienie karmicielki znacznie nie można.

W wyborze mamek zadać sobie trzeba dwa pytania ze względu na ilość pokarmu: 1) Ile potrzebuje dziecko, które ma być karmione; 2) Czy mamka jest w stanie produkować taką ilość mleka?

Badania Krugera, Ahlfelda, Hähnera, Pfeiffera doprowadziły do utworzenia tablic wykazujących ilość mleka potrzebnego dla oseska na dobę. Liczby te nie zupełnie zgadzają się ze sobą; przeto autor wspólnie z Drem Gaertigiem robiąc więcej niż 1000 obliczeń na 38 zdrowych oseskach oznaczył jako średnie dawki ilości mleka przyjmowanego przez osesków na dobę

w 1-szym tygodniu na 600 gramów
w 2—4 „ „ 800 „
w 5—7 „ „ 950 „

Dla obliczenia ilości produkowanego mleka przez mamkę wystarczy jednorazowe obliczenie jego w 2 do 3 godzin po ostatniem wypróżnieniu sutków. Ponieważ osesek ssie średnio 7—8 razy na 24 godzin, przeto dobra mamka powinna produkować po 2—3 godzinnej pauzie:

w 1-szym tygodniu 75·80 grm., średnio 80·00 czyli z jednej piersi 40 gramów;
w 2—4. tygodniu 100—115 grm., średnio 110·00 czyli z jednej piersi 55 gramów;
w 5—7. tygodniu 119—136 grm., średnio 130 czyli z jednej piersi 65 gramów.

(Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 105. 1894).

Dr. Bolesław Komorowski.

Choroby zakaźne.

Wassermann: O usposobieniu do błonicy i zapobieganiu tej chorobie.

Nie znamy całkiem jeszcze przyczyny, dla której pewne osoby nie dostają różnych chorób zakaźnych, jakkolwiek znajdują się w okolicznościach sposobnych do ich dostania; usposobienie jest rzeczą w tej chwili jeszcze nieokreśloną i niewytłomaczoną.

Tak n. p. wiemy, że do błonicy dzieci są daleko bardziej usposobione, niż dorośli. Flügge wykazał, że we Wrocławiu na 1000 dzieci liczących od 5 do 6 lat dostaje corocznie 23·40 błonicy, gdy stosunek ten zmniejsza się w 10. roku życia do 4·37 a w 20 nawet do 0·72.

Trudno przypuszczać, żeby między tymi, którzy nie dostają błonicy, nie było mniej lub więcej takich, którzyby się nie znaleźli w stosunkach sprzyjających zarażeniu się; jest więc u pewnych osób coś, co je robi opornemi przeciw błonicy. W celu rozwiązania tej kwestyi badał autor własności bakteryobójcze surowicy krwi dzieci i osób dorosłych, które nie miały nigdy ani błonicy ani żadnej innej choroby gardła w ogólności. Dawkę jadu błoniczego, przedstawiającą ilość 10 razy większą od potrzebnej do zabicia świnki morskiej w 30 do 48 godzin, mięszano z centymetrem sześciennym surowicy i szczepiono tą mięszaniną zwierzę do doświadczeń przeznaczone.

Na 17 dzieci liczących od $1^1/_2$ do 11-tu lat jedenaście razy płyn rzeczony miał niezaprzeczone własności antytoksyczne, sześć razy nie przeszkodził zatruciu, lubo dwa razy opóźnił śmierć zwierzęcia.

Surowica u 34 osób dorosłych w równy sposób badana okazała się u 24 z nich skuteczną na jad błoniczy.

Jeszcze tego wprawdzie nie dowiedziono, ale wolno przypuszczać, iż to działanie antytoksyczne surowicy krwi pewnych ludzi jest przyczyną ich odporności przeciw błonicy.

W każdym razie uczy także i doświadczenie kliniczne, że dzieci oporne przeciw błonicy trafiają się dosyć często. Feer i Flügge zwracają uwagę na podstawie swoich postrzeżeń, że w rodzinach mających wiele dzieci często widzi się błonicę tylko u 2, o wiele rzadziej u 3 a już nadzwyczaj rzadko u 4, gdy przeciwnie ma się rzecz z odrą lub krztuścem (kokluszem), na które zapadają pospolicie wszystkie dzieci po kolei.

Jeżeli epidemie domowe błonicy nie nagabują wszystkich członków rodziny, to naodwrót występują one u różnych rodzin zajmujących po kolei toż samo mieszkanie, w którem trafił się raz przypadek tej choroby a wiadomo, jak często ludzie zajmujący małe mieszkania je zmieniają. Pochodzi to ztąd, iż laseczník Löfflerowski ma w stosownych okolicznościach wielką żywotność i trzyma się uporczywie miejsca, w którem raz się pojawił.

Zdaje się, iż ta siła antytoksyczna surowicy wielu osób przeciw błonicy nie jest wrodzona, ale dopiero nabytą. Takby przynajmniej wnosić należało z okoliczności, że surowica zwierząt z natury swej opornych przeciw błonicy bynajmniej nie zobojętnia jadu błoniczego.

Z tych poszukiwań autora wypada kilka ważnych pod względem praktycznym wniosków a mianowicie przedewszystkiem, że ludzie całkiem zdrowi mogą przechowywać w sobie zarodki błonicy i szerzyć chorobę a następnie, iż w celu zapobiegania właśnie szerzeniu się błonicy nie można ograniczyć się na odosobnieniu samychże tylko chorych, lecz także trzeba odosobnić i członków rodziny mających z niemi styczność, tudzież, że osobom, które błonicę przebyły, nie można pozwolić wracać do szkoły lub brać się do zajęcia wprowadzającego ich w styczność z innymi ludźmi, dopóki badanie bakteryologiczne wykazuje u nich prątek Löfflerowski. *(Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten.* Tom XIX. Zeszyt 3. 1895). *R.*

Zapiski terapeutyczne.

116. L. Rydygier (prof. w Krakowie): O leczeniu promienicy wstrzykiwaniami jodku potasu. Wiadomo z doświadczenia, jak trudno usunąć doszczętnie promienicę *(aktinomycosis)* drogą operacyjną, gdy się już rozszerzyła. Niestety i polecenie zażywania wewnętrznie jodku potasu nie zawsze prowadzi do pożądanego celu; dlatego w takim opornym przypadku, w którym ani zażywanie przerzeczonego środka wewnętrznie ani operacya nie doprowadziły do wyleczenia, postanowił autor na razie jeszcze nie operować, ale natomiast wstrzykiwać jodek potasu w rozczynie 1% w naciek a obok tego zadawać go wewnętrznie. Co 8 do 14 dni wstrzykiwano po 2 do 4 strzykawek Pravaza w naciek i to w różne jego miejsca. Wyleczenie zupełne obok całkowitego zniknięcia stwardnienia nastało w dwóch miesiącach.

Podobnież skutecznemi okazały się autorowi wstrzykiwania miąższowe 1% roztworu jodku potasu bez równoczesnego zadawania wewnętrznego tegoż samego środka w przypadku promienicy ściany brzusznej. *(Nowiny lekarskie.* Zeszyt ze Sierpnia i Września 1895).

117. E. Gross (w Budapeszcie): Przypadek zupełnej utraty wzroku po zażyciu środka przeciw tasiemcowi (z posiedzenia Towarzystwa lekarskiego budapeszteńskiego). Prelegent opowiada o przypadku tyczącym się 29-letniego mężczyzny, który po zażyciu z własnej ordynacyi 32 torebek (kapsułek) z olejkiem racznikowym (*oleum ricini*), zawierających razem nadto 8 gramów *exti radicum filicis maris aetherei* i również 8 gramów *exti granati* dostał następnego dnia rozwolnienia i stracił przytomność a trzeciego dnia ociemniał na oba oczy (na lewem był zresztą już przedtem wzrok słabszy). Przy badaniu w dniu 7-mym znaleziono rozszerzenie jak największe (*ad maximum*) obydwóch źrenic, zupełny brak poczucia światła a dno oczu całkiem prawidłowe. Od 13. dnia począwszy można było przekonać się o postępującym coraz bardziej zaniku nerwów wzrokowych.

Prelegent wywodzi objawy zatrucia w tym przypadku z obecności właściwego w wyciągu z korzeni paproci kwasu, który rozszerza źrenicę, wywołuje upośledzenie przemijające lub trwałe wzroku i zanik jednego lub obydwóch nerwów wzrokowych. Działanie trujące paproci i przetworów z niej otrzymywanych zależy od jej pochodzenia, wieku, tudzież szczególniej sposobu zadania. Tak n. p. zażycie wyciągu paproci wraz z olejem racznikowym ma powiększać znacznie niebezpieczeństwo.

W dyskusyi nad tym przypadkiem oświadcza prof. Arpad Bókai, że według jego zdania byłoby lepiej zadawać w oznaczonej ściśle ilości kwas paprotny, niż wyciąg z korzeni, zawierający w miarę okoliczności różne ilości substancyj trujących. *(Pester med.-chirurg. Presse.* Nr. 8. 1895).

118. F. Schiling (w Norymberdze): O wstrzykiwaniach podskórnych oliwy z kamforą. W przebiegu ciężkich chorób zakaźnych, osobliwie zapalenia płuc, tudzież w niektórych otruciach przychodzi nieraz do zapadu, przeciw któremu trzeba działać, zadając środki wzmacniające i skrzepiające nie tylko przez jamę ustną i odbytnicę, ale i wstrzykując je podskórnie. Do tego celu nadają się najbardziej eter, piżmo i kamfora. Eter działa bardzo rychło, ale przelotnie. Piżmo działa wprawdzie bardzo dobrze na podniesienie czynności serca, ale przetwory jego mają skład bardzo niestały. Kamfora natomiast podnieca dzielnie a działanie to utrzymuje się dosyć długo. Dla tego podskórne wstrzykiwania oliwy z kamforą cieszą się uznaniem w praktyce.

Autor przekonał się, że używane dotychczas dawki roztworu kamfory w oliwie nieraz nie działają dostatecznie, bo są za małe; dla tego używa on dawek na raz bez porównania większych i z roztworu 1:10 wstrzykuje dzieciom jednę strzykawkę (gramową Pravazowska), dorosłym rzadko 3, zwykle od 5 do 10 strzykawek (lub połowę tej ilości roztworu dwa razy mocniejszego 2:10). Doświadczywszy w ten sposób, że chorzy bez wyjątku znoszą dobrze duże dawki, zadaje autor w przypadkach nagłej potrzeby naraz podskórnie i gram kamfory, wstrzykując albo dwa razy ilość mieszczącą się w strzykawce 5 gramowej, albo 10 strzykawek gramowych roztworu kamfory w oliwie w stosunku 1:10, w ten sposób, że bez odjęcia igły wstrzykuje w każde przedramię po 5 strzykawek. Działanie $^1/_2$ grama kamfory na tętno bardzo słabe, nitkowate jest wyraźne, całego zaś grama bardzo wybitne. Żadnego szkodliwego działania po takich dawkach na skórę, mózg, płuca i t. d. autor nie postrzegał. Wprawdzie możnaby się obawiać zatoru tłuszczowego w płucach, w piśmiennictwie nie znaleziono wszakże na to dowodu. W każdym razie, jak rozumie się samo przez się, potrzeba i przy takich wstrzykiwaniach pewnych ostrożności, t. j. wstrzykiwać zwolna i unikać żył.

Z przejrzenia piśmiennictwa w sprawie terapeutycznego stosowania kamfory pokazuje się, iż wszyscy autorowie zgodnie obawiają się dużych dawek leku rzeczonego. Autor sądzi na podstawie własnego doświadczenia, że trzeba zerwać raz koniecznie z tą tradycyą, opartą prawdopodobnie na doświadczeniu ze zwierzętami a przechodzącą z jednej książki do drugiej. Szczególniej tyczy się to wpływu dużych dawek kamfory na mózg; jakoż autor przekonał się w kilku przypadkach, że objawy mózgowe po wprowadzeniu pod skórę naraz nawet grama kamfory nie tylko się nie pogarszały, ale nieraz nawet po dalszych takich samych dawkach ustępowały. Dla tego autor zaleca gorąco w groźnym zapadzie duże naraz dawki podskórne kamfory, która, jak wiadomo, w dwie godziny po zadaniu opuszcza z moczem ustrój, nie działając zbiorowo (*cumulative*). Kilku kolegów autora przekonało się za pomocą własnych postrzeżeń o prawdziwej wartości jego rady. *(Münchener med. Wochenschrift.* 17. Września 1895).

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 26. Września 1895 r.

— N. Pan postanowieniem z dnia 13. b. m. zamianował Dra Leona Macieja Jakubowskiego, nadzwyczajnego profesora pedyatryi w Uniwersytecie Jagiellońskim profesorem zwyczajnym.

— W odbytych w dniu wczorajszym wyborach do Sejmu krajowego wyszli z urny wyborczej posłami lekarze: Dr. Szymon Bernadzikowski w Brzesku, Dr. Franciszek Hoszard w Bochni, Dr. Leon Jakliński w Rudkach i Dr. Julian Olpiński w Trembowli.

— **III. Zjazd międzynarodowy fizyologów**, odbyty w Bernie szwajcarskiem w dniach od 8. do 13. Września b. r. przewyższył dwa poprzednie zarówno liczbą uczestników jak i zapowiedzianych odczytów i demonstracyj. Najliczniej reprezentowaną była prócz Szwajcaryi Anglia, zkąd przybyło przeszło 30 starszych i młodszych fizyologów. Wielu także przybyło z Niemiec i Francyi. Polską naukę reprezentowali proff. Cybulski i Beck.

Jakkolwiek Zjazdy międzynarodowe fizyologów różnią się od innych tego rodzaju Zjazdów tem, że stosownie do regulaminu pozbawione są wszelkich zewnętrznych uroczystości i poloru, przecież przyjęcie urządzone przez gospodarza Zjazdu, profesora Kroneckera, przez miasto, przez Wydział lekarski było tak serdeczne, że każdy z uczestników wyniósł jak najprzyjemniejsze wspomnienia.

Praca Zjazdu była nader gorliwą. Wykłady i demonstracye trwały codziennie po 8—10 godzin. Z przyjemnością przytoczyć wypada, że wielkie zainteresowanie się, szczególnie pomiędzy angielskimi fizyologami obudziła demonstracya proff. Becka i Cybulskiego zjawisk elektrycznych na korze mózgowej u małpy. Niektórzy, między innymi prof. Waller z Londynu oświadczyli wręcz, że głównie z powodu tej zapowiedzianej demonstracyi przybyli na Zjazd. Doświadczenie, pomimo niedogodnych okoliczności powiodło się znakomicie. Prócz tego prof. Beck miał wykład o chyżości ruchu krwi w żyle bramnej.

— Jak donoszą pisma codzienne, Pasteur w Paryżu zaniemógł ciężko; w pismach lekarskich francuskich nie znajdujemy jednak o tem żadnej wzmianki.

— (P. A.). Zawieszone wydawnictwo tak cennego *Index medicus* zostanie prawdopodobnie na nowo podjęte, skoro się zbierze tylko 200 prenumeratorów po 25 dolarów rocznie. Wobec korzyści naukowych podobnego wydawnictwa lekarze amerykańscy nie dadzą mu zapewne upaść.

— W dniu 4. i 5. Października r. b. odbędzie się w Bernie morawskiem wiec austryackich Izb lekarskich. Na porządku dziennym: 1. regulamin wiecu; 2. urządzenia dobroczynne dla stanu lekarskiego; 3. projekt etyki lekarskiej; 4. sprawa reklamy; 5. urządzenie nauk i egzaminów lekarskich; 6. reforma kas dla chorych; 7. klub lekarski z posłów lekarzy do Rady Państwa; 8. uwolnienie Izb od opłaty pocztowej; 9. regulamin dla Izb lekarskich; 10. obowiązek należenia do Izb; 11. obowiązek zgłaszania się do Izb; 12. donoszenie sądów do rady honorowej; 13. regulamin wyborczy dla Izb; 14. ogłaszanie zdań sprawy z posiedzeń Izb.

— **Nekrologia**. Zmarli: W dniu 24. b. m. w Berlinie w 76. roku życia Dr. Henryk Adolf Bardeleben, profesor chirurgii i dyrektor

tamtejszej kliniki chirurgicznej, autor cenionego dzieła: *Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre*; — w swej willi nad jeziorem Garda Dr. August Tebaldi, profesor psychiatryi i dyrektor kliniki psychiatrycznej w Padwie, jeden z najznakomitszych psychiatrów włoskich.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 38. H. Strauss i F. Białokur: O zależności fermentacyi mlecznej w soku żołądkowym od zawartości kwasu solnego. A. Lipka: Przypadek anomalii rozwoju narządów moczopłciowych u 19. letniego osobnika. J. Weisblat: Leczenie surowicą przeciwbłoniczą w warszawskim szpitalu starozakonnych (dok.). J. Luxenburg: W sprawie wykrywania cukru w moczu. — W *Kronice lekarskiej*, Zeszycie 12.: J. Świeżyński: Sprawdzenie doświadczeń Grütznera nad losem wlewań do kiszki stolcowej u człowieka i zwierząt (dok.). J. Zawadzki i L. E. Bregman: Niezwykły przypadek zapalenia wsierdzia pochodzenia rzeżączkowego z następowym zatorem tętnicy Sylwiusza i oraz bólami i obrzękiem pochodzenia ośrodkowego (dok.). — W *Medycynie* Nrze 38. W. Palmirski i W. Orłowski: Wpływ różnych czynników fizycznych na surowicę przeciwbłoniczą. J. Gromadzki: Dwa przypadki pęknięcia macicy podczas porodu, leczone na drodze operacyjnej (*extirpatio uteri totalis per laparotomiam*). — W *Nowinach lekarskich*, Zeszycie z Sierpnia i Września: L. Rydygier: O leczeniu promienicy wstrzykiwaniami jodku potasu. B. Wicherkiewicz: O pęcherzach brzegów powiekowych (z rys.). A. Jaruntowski: Przyczynek do ocenienia południowych stacyj klimatycznych dla chorych piersiowych. A. Beck: O truciznach powstających w ustroju (ciąg dalszy).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. Krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.